BERICHT

ÜBER DAS

XVI. TAUSEND DER GEBURTEN

IN DER

KGL. UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

ZU

WÜRZBURG.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

K. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

HEINRICH JÜNGER

AUS

ODENKIRCHEN.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

WÜRZBURG

FRÄNKISCHE GESELLSCHAFTSDRUCKEREI G. M. B. H.

1915.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr Geheimrat **Prof. Dr. Hofmeier.**

Das Material des vorliegenden Berichtes umfasst die Geburten, die in die Zeit vom 25. August 1913 bis zum 3. September 1914 fallen.

Die Geburten verteilen sich auf die einzelnen Monate wie folgt:

1913		1914	
August (vom 25.)	20	Januar	91
September	81	Februar	67
Oktober	80	März	87
November	70	April	85
Dezember	80	Mai	84
		Juni	92
		Juli	74
		August	81
		September (bis 3.)	8

Von den 1000 Wöchnerinnen, die während der genannten Zeit in der Frauenklinik geboren haben, waren:

I.	parae	verheiratet	147,	ledig	291
II.	„	„	102,	„	83
III.	„	„	95,	„	26
IV.	„	„	58,	„	5
V.	„	„	47,	„	1
VI.	„	„	30,	„	1
VII.	„	„	30,	„	1
VIII.	„	„	21,	„	—
IX.	„	„	15,	„	—
X.	„	„	16,	„	—
XI.	„	„	6,	„	—
XII.	„	„	8,	„	—
XIII.	„	„	5,	„	—
XIV.	„	„	5,	„	—
XV.	„	„	1,	„	—
		Verheiratete	586,	Ledige	408

In 6 Fällen fehlte die Angabe über die Schwangerschaftszahl oder die Angabe darüber, ob die Wöchnerin verheiratet oder ledig war.

Das Verhältnis der Verheirateten zu den Ledigen verhält sich wie 586:408.

Eine Zunahme der Zahl der verheirateten Wöchnerinnen gegenüber den ledigen im Vergleich zu den früheren Tausend Geburten — wie sie in den vorhergehenden Berichten hervorgehoben werden konnte — war diesmal nicht festzustellen.

Die Zahl der Wöchnerinnen nach dem Alter gruppiert ergibt folgendes Resultat:

15—20	Jahre	79,
20—25	„	306,
25—30	„	264,
30—40	„	287,
40—50	„	55.

Bei 9 Frauen fand sich keine Altersangabe.

Die jüngste Wöchnerin war $15^1/_2$ Jahre alt, das Kind wurde spontan in Schädellage geboren, es wog 3000 g und verliess gesund die Anstalt.

Die älteste Wöchnerin war 47 Jahre alt, Dreizehntgebärende; die Geburt verlief spontan, das Kind verliess gesund die Anstalt

Das schwerste Kind hatte ein Gewicht von 5050 g und wurde von einer Siebtgebärenden spontan ohne Komplikationen geboren.

Eine Erstgebärende gebar das leichteste, angeblich reife Kind, dessen Gewicht 1600 g betrug und das gesund die Klinik verliess.

Die schwersten Zwillinge wiesen zusammen ein Gewicht von 6550 g auf.

Die 1000 Frauen gebaren im ganzen 1018 Früchte; es kamen nämlich 16 Zwillings- und eine Drillingsschwangerschaft vor.

510 Kinder waren männlichen, 499 weiblichen Geschlechtes; bei 9 Kindern, die tot bzw. unreif waren, findet sich keine Angabe über das Geschlecht.

Über die Zwillingsschwangerschaften ist folgendes zu sagen. Eine Angabe darüber, ob sie ihren Ursprung aus einem oder zwei Eiern ableiten, findet sich nur bei 7 Zwillingspaaren, und zwar handelt es sich dreimal um eineiige und viermal um zweieiige Zwillinge. Von den 16 Zwillingspaaren waren 10 Paare gleichen und 6 ungleichen Geschlechts. 14 Zwillingspaare verliessen lebend die Klinik. Von den beiden übrigen waren die Kinder des einen Paares beide unreif, die Mutter gebar im Anfang des 8. Schwangerschaftsmonates; das eine Kind wog 1750 g und starb bereits am 1. Tage, das zweite hatte ein Gewicht von 1600 g und lebte nur 2 Tage. Von dem anderen Zwillingspaar verliess ein Kind gesund die Klinik, während das andere am 4. Tage an einer Nabelinfektion zu Grunde ging. Sechsmal wurden Erstgebärende von Zwillingen entbunden, von denen die jüngste 19 Jahre alt war. Von den Zwillingsmüttern war eine Fünftgebärende, die schon eine Zwillingsschwangerschaft durchgemacht hatte. Über die Lage der Zwillingskinder und das angewandte Entbindungsverfahren gibt Tabelle 1 Aufschluss.

Was die Drillingsschwangerschaft anbetrifft, so war die Wöchnerin eine Sechstgebärende, die sich im 7. Schwangerschaftsmonat befand. Über den Geburtsverlauf sagt die Krankengeschichte: „Patientin kommt auf dem Wege zur Klinik in einem Wagen nieder. Hier wird das Kind abgenabelt; daraufhin sind im Uterus noch deutlich Kindsteile zu fühlen. Die 2. Blase wird gesprengt, und es erfolgt die spontane Geburt des 2. Kindes. Der Uterus erscheint dann immer noch sehr gross, nach Massieren und leichtem Druck wird mit der Placenta eine 3. in der unversehrten Blase liegende Frucht geboren. Die drei Kinder waren alle frühreif, lebend und männlichen Geschlechtes. Das Gewicht betrug bei dem ersten Kind 1600 g, bei dem zweiten 1300 g und bei dem dritten 900 g. Die nicht lebensfähigen Kinder starben alle kurze Zeit nach der Geburt.

Von den 1018 geborenen Kindern verliessen 950 lebend die Klinik.

Tot zur Welt kamen 38 Kinder. Faultot waren 15 Kinder, darunter 4 Fälle von positivem Wassermann. In 4 Fällen bestand placenta praevia, in 2 Fällen Nabelschnurvorfall. Einmal handelte es sich um eine Strangulation des Kindes durch die Nabelschnur, einmal um Eklampsie. Bei 2 Kindern war das allgemeine verengte Becken die Ursache des Todes intra partum. 10 Kinder starben während einer infolge vorzeitigen Blasensprunges, Wehenschwäche und dgl. länger dauernden oder erschwerten Geburt ab. Bei drei totgeborenen Kindern blieb die Todesursache unbekannt bzw. wurde nicht vermerkt.

30 Kinder starben längere oder kürzere Zeit nach der Geburt, darunter ein Kind an Sepsis nach Nabelinfektion, eines wegen Zerrung der Halswirbelsäule; ein Kind wies pemphigus syphiliticus auf und starb am 4. Tage, ein Kind einer eklamptischen Mutter nach 27 Stunden. Bei drei Kindern war das Fruchtwasser stark mekoniumhaltig, die asphyktischen Kinder starben bald nach der Geburt. In 10 Fällen war die erschwerte oder länger dauernde Geburt die Ursache des baldigen Todes, und zwar handelte es sich bei 5 Kindern um Beckenverengerungen, bei zweien um Querlagen, bei je einem um Nabelschnurvorfall, placenta praevia und um vordere Scheitelbeineinstellung und gleichzeitigen hydrocephalus. 12 Kinder erwiesen sich als unreif und lebensunfähig. Bei einem Kinde wurde die Todesursache nicht ermittelt bzw. nicht verzeichnet.

Kindeslagen			
I.	Schädellage	bei I paren	267
I.	„	„ Multiparen	305
II.	„	„ I paren	145
II.	„	„ Multiparen	179
			896 = 91,80%
I.	Vorderhauptslage	bei I paren	1
I.	„	„ Multiparen	0
II.	„	„ I paren	1
II.	„	„ Multiparen	2
			4 = 0,41%

I.	Gesichtslage bei I paren	0
I.	„ „ Multiparen	2
II.	„ „ I paren	1
II.	„ „ Multiparen	2
		5 = 0,51%
I.	Stirnlage	0
II.	„	1
Vordere	Scheitelbeineinstellung bei I paren	1
„	„ „ Multiparen	1
Hintere	„ „ I paren	0
„	„ „ Multiparen	0
		3 = 0,31%
Tiefer	Querstand	0 = 0%

Beckenendlagen.

I.	Steisslage bei I paren	7
I.	„ „ Multiparen	5
II.	„ „ I paren	4
II.	„ „ Multiparen	6
		22 = 2,25%
Vollkommene	Fusslage bei I paren	1
„	„ „ Multiparen	3
Unvollkommene	„ „ I paren	1
„	„ „ Multiparen	6
		11 = 1,13%

Querlagen.

I.	Querlage bei I paren	3
I.	„ „ Multiparen	17
II.	„ „ I paren	2
II.	„ „ Multiparen	13
		35 = 3,59%

In den Fällen, wo die Lage des Kindes nicht angegeben wurde, handelt es sich um Sturzgeburten, bzw. um durch Kaiserschnitt entbundene und um schon halb entbundene Kinder, oder es wurde nichts darüber vermerkt.

3 Kinder wurden in Glückshaube geboren.

Geburtskomplikationen und Anomalien.

Der bei weitem grösste Teil von Komplikationen bei der Geburt war durch enge Becken bedingt. Plattrachitische Becken fanden sich in 34, einfach platte Becken in 14 und allgemein verengte Becken in 10 Fällen. Über die 58 Fälle von engem Becken geben die Tabellen 2, 3 und 4 Aufschluss. Einmal wurde ein im Beckenausgang verengtes Becken beobachtet, bei dem die Entfernung der beiden tubera ossis ischii 7 cm betrug; es handelte sich um eine Erstgebärende, die spontan ein reifes und lebendes Kind zur Welt brachte; das Kind wog 3050 g, war 50 cm lang und hatte einen Kopfumfang von 35 cm, Mutter und Kind verliessen gesund die Klinik. 2 Fälle von allgemein zu weitem Becken kamen vor. Die eine Wöchnerin war eine Erstgebärende; es betrug die Dist. spin. 29 cm, die Dist. crist. 31 cm und die Conjug. ext. 20 cm; die Geburt erfolgte spontan. Die zweite Wöchnerin war ebenfalls eine Erstgebärende; die Beckenmasse waren: Dist. spin. 31 cm, Dist. crist. 33 cm und Conjug. ext. 21 cm; das in Steisslage gelegene Kind wurde leicht extrahiert. Eine Wöchnerin hatte 13 Jahre vor der jetzigen Entbindung einen Beckenbruch erlitten, wobei der linke Oberschenkelkopf ins Becken eingedrungen war. Seit der Zeit des Unfalles hatte sie viermal schwierige Geburten durchzumachen. Jetzt kam sie etwa 4 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft zwecks künstlicher Frühgeburt in die Klinik. Nach Metreuryse wurde durch Wendung und Extraktion ein lebendes und reifes Kind zur Welt befördert, das ebenso wie die Mutter gesund die Anstalt verliess.

Weichteilschwierigkeiten.

In 6 Fällen musste eine Incision des äusseren Muttermundes vorgenommen werden. Fünfmal handelte es sich um Erstgebärende; in diesen fünf Fällen wurde einmal bei einer Frau, die an heftigem Meteorismus litt, eine Incision in die hintere Muttermundslippe gemacht, viermal wurde sowohl die hintere als auch die vordere Muttermundslippe eingeschnitten und zwar einmal vor der Perforation des abgestorbenen Kindes bei Verdacht auf tympania uteri, einmal bei placenta praevia,

zweimal wegen allzulang dauernder Geburt und Wehenschwäche. In einem Falle handelte es sich um eine Drittgebärende, bei der wegen drohender Uterusruptur die Zange angelegt und vorher eine Incision der hinteren Muttermundslippe vorgenommen wurde.

Episiotomien wurden 33 mal ausgeführt, darunter 3 mal bei Mehrgebärenden und 15 mal bei Anlegen der Zange; 12 mal war ein doppelseitiger Einschnitt notwendig.

Nach vorausgegangenen Ventrifixuren kamen 4 Frauen zur Geburt:

1. V para, operiert 1909. Das Kind wurde in I. Schädellage spontan geboren.
2. VI para, operiert 1906. Das in I. Schädellage liegende Kind wurde mit der Zange entbunden.
3. III para, operiert 1913. Das Kind lag in I. Querlage; es wurde die äussere Wendung auf den Kopf ausgeführt und eine Episiotomie vorgenommen, worauf das Kind spontan geboren wurde.
4. VIII para, operiert 1907. Lage des Kindes: I. Querlage; Entbindungsverfahren: Metreuryse, Wendung und Extraktion.

Bei 2 Wöchnerinnen — bei der einen war eine Ovariotomie vorausgegangen, die andere war wegen Tubargravidität operiert worden — verlief die Geburt spontan; ebenso glatt war der Geburtsverlauf bei einer Wöchnerin, die eine Leistenbruchoperation durchgemacht hatte, und bei 6 früher wegen Appendicitis operierten Frauen, während bei einer Wöchnerin, bei der eine Appendectomie ausgeführt worden war, wegen schlechter Herztöne des in vollkommener Fusslage gelegenen Kindes die Extraktion notwendig war.

Bemerkenswert ist noch folgender Fall. Eine 41 jährige Erstgebärende war im 4. Monat der Schwangerschaft operiert worden (Enukleation eines Uterusfibroms) und kam am normalen Ende der Gravidität zur Geburt, über deren Verlauf die Krankengeschichte Aufschluss geben möge:

„Am 9. II. 1914 vorm. 11 Uhr springt die Blase, nachdem Patientin seit 7 Uhr vorm. richtige Wehen gehabt hat.

Canal. cervic. für einen Finger bequem durchgängig, Fruchtwasser stark mekoniumhaltig, kindliche Herztöne normal, Wehen alle 5 Minuten kräftig.

Um $2^1/_2$ Uhr nachm. werden keine kindliche Herztöne mehr gehört. Kopf bei markstückgrossem Muttermund im Beckeneingang. Es wird dann abgewartet, bis der Muttermund für die Perforation genügend erweitert ist.

Da jedoch im Laufe des 10. II. 14 nachm. Verdacht auf tympania uteri entsteht, wird die vordere und hintere Muttermundslippe in der Mittellinie gespalten, der kindliche Schädel in der Gegend der kleinen Fontanelle angebohrt und mit Hilfe des Kranioklasten und, da dieser auszureissen droht, unter Zuhilfenahme der Boerschen Knochenzange mit ziemlichem Kraftaufwand extrahiert. Die Schwierigkeiten bei der Extraktion bestanden nicht nur in den ausserordentlich rigiden Weichteilen, sondern auch in der ganz ungewöhnlichen Lagerung der Patientin, die in beiden Hüftgelenken durch chronische Gelenkerkrankung vollkommen steif war und deshalb auch nur in Seitenlage oder durch kräftiges Hochheben der beiden gestreckten Beine untersucht werden konnte."

Ohne Komplikationen verlief die Geburt bei zwei Wöchnerinnen, von denen die eine einen Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand hatte, während die andere an prolapsus uteri litt.

Uterus arcuatus kam 8 mal zur Beobachtung. Bei einer Wöchnerin fand sich eine Doppelbildung von Uterus und Vagina; es handelte sich um eine Viertgebärende. Bei den drei ersten Schwangerschaften war die Frucht im linken, jetzt im rechten Uterus. Während der ersten spontanen Geburt starb das Kind ab; die beiden folgenden Kinder lagen in Querlage und wurden mittels Kaiserschnittes entbunden, beide starben, das eine 3 Tage, das andere $^1/_2$ Jahr alt. Der vorliegende Teil war diesmal der Steiss; das Entbindungsverfahren bestand in Metreuryse, Blasenstich und halber Extraktion. Mutter und Kind verliessen gesund die Klinik. Einmal wurde ein septum vaginae beobachtet, nach dessen Durchtrennung mit der Schere die Geburt einen glatten Verlauf nahm.

Bei einer Wöchnerin musste wegen starken Ödems der vorderen Muttermundslippe die Entbindung mit der Zange vorgenommen werden.

In einem Falle kam ein 5 cm langer, kleinfingerdicker Cervixpolyp zur Beobachtung; gleichzeitig handelte es sich um eine Querlage, weshalb Wendung und Extraktion notwendig war.

Eine Blasenscheidenfistel und eine Mastdarmscheidenfistel, die vor der Entbindung schon bestanden, gaben zu weiteren Komplikationen keinen Anlass.

Über die 13 Fälle von placenta praevia gibt Tabelle 5 Aufschluss.

Nabelschnurvorfall kam 13 mal zur Beobachtung; dreimal handelte es sich um Beckenendlage, wobei die Extraktion vorgenommen wurde; 8 mal bestand Schädellage, 2 Fälle verliefen spontan, in den übrigen war Wendung und Extraktion notwendig; zweimal lag gleichzeitig placenta praevia vor, in einem Falle bestand II. Querlage, im andern II. Schädellage; es wurde kombinierte Wendung und halbe Extraktion bzw. innere Wendung und Extraktion vorgenommen.

3 mal wurde Vorfall kleiner Teile und zwar des Armes beobachtet.

Die Nabelschnur war 70 mal einmal um den Hals des Kindes geschlungen, 28 mal zweimal, 3 mal dreimal und 1 mal viermal. 2 mal umschlang die Nabelschnur zweimal den Hals und einmal einen Arm, 1 mal einmal den Hals und zweimal einen Arm, 1 mal zweimal den Hals und 1 mal ein Bein.

Die längste Nabelschnur hatte eine Länge von 104 cm.

In einem Falle, in dem das mit der Zange entbundene Kind tot zur Welt kam, war die Nabelschnur so straff um den Hals des Kindes geschlungen, dass sie an demselben eine deutlich sichtbare Schnürmarke hinterliess.

Zweimal fand sich ein wahrer Knoten der Nabelschnur.

Von anormalen Plazenten ist folgendes zu sagen:

Placenta marginata 1 mal,
„ circumvallata 7 „ ,

Placenta succenturiata 2 mal,
Infarktplacenta 1 „ .

Eine placenta wies einen handtellergrossen zentralen Bluterguss auf.

Von Anomalien bei den Kindern ist folgendes bemerkenswert:

Bei einem Kinde wurde eine angeborene Stenose des linken Tränennasenganges festgestellt.

Ein Kind kam mit einer kleinapfelgrossen Myelocele zur Welt.

Einmal wurde Polydaktylie, ein ander Mal eine doppelseitige angeborene Luxation der Sternoklavikulargelenke beobachtet.

Ein Kind wies einen linksseitigen Klumpfuss auf.

Von Zwillingen hatte einer eine angeborene Nabelhernie.

Die besonders bei engem Becken beobachteten Druckmarken und Impressionen bzw. Verschiebungen der kindlichen Schädelknochen blieben ohne Nachteil für das Leben der Kinder.

Einmal kam es bei einer wegen engem Becken vorgenommenen Wendung und Extraktion zu einer Fraktur des rechten kindlichen Oberarmes, zweimal kam bei demselben Entbindungsverfahren ein Bruch des linken Schlüsselbeines zustande.

Über die kindliche Morbidität sind folgende Angaben zu machen:

Nabelinfektion	4 mal	(1 mal tödlich),
Conjunctivitis gonorrh.	2 „	,
„ non specifica	1 „	,
Angina	1 „	,
Pemphigus syphiliticus	1 „	(Kind † am 4. Tage).

Eklampsie.

Unter den 1000 Geburten wurde 6 mal Eklampsie beobachtet; in einem Falle wurde mittels Kaiserschnittes entbunden, worüber in dem besonderen Abschnitte betr. Kaiserschnitte ausführlichere Angaben zu finden sind, die Krankengeschichten der 5 anderen Fälle mögen hier folgen:

1. 23. IX. 1913. B. G., 23 Jahre alt. III para.

Frühere Geburten und Wochenbette o. B. Während der jetzigen Schwangerschaft Schmerzen in der rechten Bauchseite. Es bestehen keine Ödeme und Varizen. Die innere Untersuchung ergibt dreimarkstückgrossen äusseren Muttermund, canal. cerv. verstrichen, Kopf im Beckeneingang, Blase steht. Patientin befindet sich im X. Schwangerschaftsmonat. Sie wird am 23. IX. vorm. 9½ Uhr in die Klinik gebracht, nachdem sie um 7 Uhr vorm. den ersten eklamptischen Anfall und danach noch zwei oder drei andere gehabt hat. Im Aufzug ein neuer Anfall. Nach Ankunft in der Klinik wurden 2,0 Laudanon I und 1,0 Pituglandol injiziert. Patientin ist andauernd ohne Bewusstsein.

11¼ Uhr vorm. bekommt Patientin einen neuen Anfall, der etwa 2 Minuten dauert. Eine neue innerliche Untersuchung ergibt, dass der Muttermund verstrichen ist und dass der Kopf in Beckenenge und die Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser steht. Es wird daher, um die Geburt nach Möglichkeit abzukürzen, die Zange im linken schrägen Durchmesser angelegt und das Kind leicht extrahiert. Die Geburt erfolgte nun 11½ Uhr vorm. Die Plazenta folgt in kurzer Zeit von selbst nach. Das Kind ist lange sehr stark benommen, die Atmung setzt lange aus, doch gelingt es nach ungefähr einer halben Stunde, das Kind zu kräftigem Schreien zu bringen. 12½ nachm. ein neuer eklamptischer Anfall. Da die Patientin bei der Geburt nur eine minimale Menge Blut verloren hat, werden ihr aus einer Kubitalvene 650 ccm Blut entnommen. 1¾ Uhr nachm. ein weiterer Anfall. Es werden nun der Patientin in die beiden Oberschenkel je 100 ccm Ringersche Lösung subkutan injiziert, ausserdem noch 1,0 Laudanon I. Patientin andauernd bewusstlos.

3¼ Uhr nachm. der 7. oder 8. und letzte Anfall aber von unverminderter Stärke.

4½ Uhr nachm. eine weitere Laudanon-Injektion.

6½ „ „ wegen starken Lungenödems 1,0 Campher.

7 „ „ 1,0 Digalen.

Patientin ist noch die ganze Nacht bewusstlos, laut röchelnd.

Im Laufe des Vormittags des 24. IX. erwacht Patientin allmählich zu vollem Bewusstsein.

Am 4. Tage nach der Entbindung Anstieg der Temperatur auf 38,9 infolge einer heftigen Angina, die aber bei entsprechender Behandlung bald vorübergeht.

Der Eiweissgehalt des Urins sank von 7‰ in 3 Tagen auf Null herab.

Mutter und Kind werden gesund entlassen.

2. 9. X. 1913. R. G. 27 Jahre alt. II para. Bei der ersten Geburt wurde wegen Wehenschwäche die Zange notwendig. Seit gestern klagt Patientin über heftige Kopfschmerzen. Der Leib ist sehr stark aufgetrieben, überall Schenkelschall und Fluktuation, die grossen und kleinen Labien sehr stark ödematös, ebenso die beiden Unterschenkel, besonders die Knöchelgegend. Die innere Untersuchung ergibt eine mässig weite Vagina, der äussere Muttermund ist noch geschlossen und der Kopf steht noch beweglich über dem Beckeneingang. Es handelt sich bei ihr um den 9. Schwangerschaftsmonat. Patientin hat zu Hause um 10½ Uhr vorm., um 2 und 3½ Uhr nachm. je einen Anfall mit Krämpfen und bei letzterem mit nachfolgender kurzer Bewusstlosigkeit gehabt, welche nach Angabe der behandelnden Hebamme eklamptisch gewesen sein sollen. Der gerufene Arzt gab 0,015 Morph. und schickte die Patientin zur Klinik. Bei der Ankunft in der Klinik ist die Patientin leicht benommen, wehrt sich aber energisch gegen das Katheterisieren und gegen die innere Untersuchung, sodass beides in Chloroformnarkose vorgenommen werden muss. Der Urin ist nur in geringer Menge vorhanden, braungelb und trüb. Bei der Kochprobe steht die Flüssigkeit. Bei mikroskopischer Untersuchung zeigen sich zahlreiche granulierte Zylinder und rote Blutkörperchen.

Um 5¼ Uhr nachm. werden 500 ccm Blut entnommen und 1,0 Laudanon I injiziert. Patientin hat bis jetzt nicht die geringsten Wehen.

Um 8¼ Uhr nachm. erneute innere Untersuchung:

Der Kopf ist ins Becken eingetreten, der Muttermund für einen Finger bequem durchgängig, daher wird die Blase gesprengt und 1,0 Pituglandol gegeben. Hierauf werden in die beiden Oberschenkel subkutan je 100 ccm Ringerlösung injiziert. Patientin ist bei vollem Bewusstsein, fühlt sich vollkommen wohl und nimmt reichliche Mengen Wernarzer Wasser zu sich.

Um 8¾ Uhr nachm. hat Patientin gute Wehen; 1,0 Laudanon I.

Am 10. X. vorm. 7¼ Uhr. Patientin hat die ganze Nacht fast keine Wehen gehabt, aber auch keinen Anfall; neue Injektion von je 100 ccm Ringerlösung und 1,0 Pituglandol. Der innere Befund ist fast nicht verändert. Nach kurzer Zeit bekommt Patientin starke Wehen, die um 8¼ Uhr vorm. zur Geburt des toten Kindes führen. Der Eiweissgehalt des Urins ging von 20‰ in 20 Tagen fast ganz zurück. Wochenbettsverlauf glatt. Mutter verlässt gesund die Klinik.

3. 15. IX. 13. L. B. 22 Jahre alt. I para.

Seit 8 Tagen bestehen Kopfschmerzen, Erbrechen, Schlaflosigkeit, allgemeines Unwohlsein. Die innere Untersuchung ergibt einen markstückgrossen Muttermund, der canal. cervic. verstrichen; der Kopf steht in Beckenweite bei stehender Blase.

Patientin wird, nachdem sie in ihrer Wohnung heute 2½ Uhr nachm. einen Anfall gehabt hat, mit der poliklinischen Droschke gleich in die Klinik zur Beobachtung mitgenommen, da der 1. Anfall nur von den Angehörigen gesehen wurde. Beim Transport im Wagen der 2. Anfall, ein typischer eklamptischer Anfall mit Bewusstlosigkeit, Zuckungen und vorübergehendem Atemstillstand. Nach der Ankunft in der Klinik 2,0 Chloral. hydr. per rectum und 2,0 Laudanon intramuskulär.

Um 4 Uhr nachm. der 3. Anfall, der ungefähr 2 Minuten dauert. Hierauf etwa 20 Minuten Bewusstlosigkeit. Urin vorher und nachher goldgelb, mit geringem Eiweissgehalt, ohne Zylinder, dagegen mit roten Blutkörperchen. Puls ist hart und schnellend. Es werden dann 500 ccm Blut ent-

nommen. Um die Geburt zu beschleunigen, eine Pituglandol-injektion. Die Wehen sind beim Auflegen der Hand deutlich wahrzunehmen.

Um $6^1/_2$ Uhr und $10^1/_2$ Uhr nachm. werden wiederum je 1,0 Laudanon II und 1,0 Pituglandol gegeben. Die Wehen werden von der Patientin nicht wahrgenommen. Kein weiterer Anfall.

Am 16. IX. vorm. 6 Uhr: Sichtbarwerden des Kopfes. Beckenausgangszange des im geraden Durchmesser stehenden Kopfes. Die hintere Wand der ödematösen Scheide reisst etwas ein fast gar nicht auf den Damm übergehend. Ein zweites in I. Querlage liegendes Kind wird gewendet und mit dem rechten Fuss voran extrahiert. Nach der Geburt des 2. Kindes beginnt es, stärker zu bluten. Credé. 1,0 Secacornin, heisse Scheidenspülungen. Der Scheidenriss wird mit 3 Knopfnähten geschlossen.

Der Eiweissgehalt des Urins sinkt von 0,1 ‰ in 2 Tagen auf Null.

Wochenbettsverlauf glatt. Mutter und Kind verlassen gesund die Klinik.

4. 12. VI. 14. R. K. 18 Jahre alt. I para. Seit drei Wochen Dickerwerden der Beine, seit drei Tagen heftige Kopfschmerzen ohne Schwindel oder Ohnmachtsgefühl. Die am Ende der Schwangerschaft sich befindende Patientin kommt morgens in die Klinik; es zeigen sich sehr starke Ödeme der unteren Extremitäten bis auf die Hinterbacken reichend, geringe Schwellung der Bauchdecken und des Gesichtes.

1^{40} nachm. Patientin bekommt den ersten Anfall von 2—3 Minuten Dauer. Nach etwa einer halben Stunde kehrt das Bewusstsein zurück, Patientin ist sehr unruhig.

1^{50} nachm. 1 ccm einer Morph.-Scopol.-Lösung.

2 Uhr nachm. 2 ccm Chloralhydr. per rectum.

5 „ „ 1 „ einer Morph.-Scopol.-Lösung.

5^{40} nachm. 2. Anfall von längerer Dauer und Stärke.

6^{30} „ Sprengung der Blase, Incision des äusseren Muttermundes.

7^{45} nachm. Aderlass: 400 ccm.

8 Uhr nachm. 1 ccm einer Morph.-Scopol.-Lösung.

8^{45} nachm. Die Wehen, die den ganzen Tag über in grösseren Intervallen und von geringer Stärke waren, setzen kräftig ein. Nach kurzer Zeit spontane Geburt des lebenden Kindes; das Kind schreit nach der Geburt einmal auf, atmet dann jedoch immer oberflächlicher und verfärbt sich stark blau, erst nach längerem Bemühen (40 Minuten Insuffl., Schultzesche Schwingungen) gelingt es, das Kind zu regelmässigen, tiefen Atemzügen und kräftigem Schreien zu bringen.

Da Patientin noch unruhig ist, werden noch zweimal 1 ccm einer Morph.-Lösung gegeben. Keine weiteren Anfälle. An den beiden ersten Tagen des Wochenbettes klagt Patientin über mässige Kopfschmerzen. Dann ist das Allgemeinbefinden gut, der Wochenbettsverlauf normal. Der Eiweissgehalt des Urins sinkt von 2,5‰ in 9 Tagen fast bis auf Null herab.

Mutter und Kind verlassen gesund die Klinik.

5. 26. VI. 14. A. H. 25 Jahre alt. I para.

Anamnese o. B. Patientin kommt um 8 Uhr vorm. in die Klinik mit starken Ödemen der Beine und der Augenlider; der Kopf steht bereits im Beckeneingang. Beim Durchtreten des Kopfes trat ein eklamptischer Anfall auf, der 2—3 Minuten anhielt. Patientin bekommt 1 ccm einer Morph.-Scopol.-Lösung; der komatöse Zustand dauert etwa 20 Minuten.

$9^3/_4$ Uhr vorm. spontane Geburt des lebenden Kindes.

Wochenbettsverlauf glatt. Mutter und Kind werden gesund entlassen.

Geburtshilfliche Operationen.

Die typische Zange, einschliesslich der Beckenausgangszange wurde 30 mal angewendet, 14 mal wegen Verschlechterung der kindlichen Herztöne, 9 mal wegen Wehenschwäche, 2 mal bei Eklampsie, je einmal wegen engen Beckens, wegen Meteorismus, wegen Ausziehung des unteren Uterinsegmentes, wegen Stenocardie und wegen Ödems der vorderen Muttermundslippe.

Die hohe Zange wurde 2 mal verwendet und zwar in beiden Fällen wegen drohender Uterusruptur.

Alle Zangen verliefen günstig für die Kinder, nur ein Kind starb nach 4 Tagen, nachdem es an Krämpfen, Nystagmus gelitten und zeitweise laut aufgeschrieen hatte.

Auch für die Mütter verliefen die Zangengeburten günstig. In einem Falle von allgemein verengtem Becken traten am 8. Tage nach der Geburt Schmerzen in der Symphysengegend auf, die besonders auf Druck von aussen und beim Stehen oder Gehen sich ausserordentlich steigern. Bei der Untersuchung hat es den Anschein, als ob die Symphyse an ihrer Vorderwand etwas klafft. Vom 18. Tage an vorsichtige Gehversuche. Nach 29 Tagen erfolgte die Entlassung; Patientin konnte ohne Schmerzen gehen und stehen.

Die äussere Wendung auf den Kopf wurde 2 mal bei plattrachitischem Becken, 2 mal bei Querlagen und 3 mal bei dem 2. Zwillingskinde mit Erfolg ausgeführt.

Die innere Wendung wurde 39 mal ausgeführt, 15 mal bei engem Becken, 14 mal bei Querlagen, 5 mal wegen Nabelschnurvorfall, 3 mal bei placenta praevia, 1 mal bei einem zweiten Zwilling, 1 mal wegen Schlechterwerden der kindlichen Herztöne bei hochstehendem Kopf. Nach der inneren Wendung musste einmal die Perforation und einmal die Perforation und Dekapitation vorgenommen werden. Von den übrigen Kindern waren 4 tot bzw. starben intra partum, und 4 Kinder starben längere oder kürzere Zeit nach der Geburt.

Die kombinierte Wendung wurde 4 mal ausgeführt, und zwar 3 mal bei placenta praevia, 1 mal bei Querlage.

Die künstliche Frühgeburt wurde 12 mal ausgeführt und zwar durch Einlegen eines Metreurynters.

Die Perforation des toten Kindes wurde ausser den beiden bei innerer Wendung erwähnten Fällen 4 mal vorgenommen, 1 mal nach einer Extraktion bei placenta praevia, 2 mal wurde die Kranioklosie angeschlossen, 1 mal bei verschleppter Querlage noch die Dekapitation vorgenommen.

Dem Kaiserschnitt ist ein besonderer Abschnitt eingeräumt.

Es kamen 107 Fälle von Dammriss I. Grades vor, von den Verletzten waren 82 I parae; ein Dammriss II. Grades

kam 8 mal zur Beobachtung. Sämtliche Dammrisse heilten gut.

Einmal wurde ein bis hoch in die Scheide hinaufragender Scheidenriss, 4 mal Cervixrisse, einmal ein Klitorisriss beobachtet, die nach Naht zur Heilung kamen.

Zu Blutungen post partum kam es 46 mal, darunter waren 21 Fälle mit Blutverlust über 1000 g; die manuelle Plazentarlösung erwies sich 4 mal als notwendig; 3 mal wurde eine Austastung bzw. Ausräumung des Uterus vorgenommen wegen retinierter Placentar- oder Eihautreste.

Zweimal kam es nach der Geburt zu einem Hämatom der Schamlippe. In beiden Fällen fand ein Platzen nach der Scheide zu statt. Der Inhalt, geronnene Blutmassen, wurden mit sterilem Handschuh ausgeräumt, die Höhlungen mit Sublimat ausgespült und 4 Tage mit Tampons ausgefüllt, die mit essigsaurer Tonerde getränkt waren; dann wurden noch einige Tage Umschläge mit essigsaurer Tonerde gemacht. Beide Wunden heilten gut aus.

Wochenbett.

Von den 950 Kindern, die lebend die Klinik verliessen, wurden 789 mit Mutterbrust, 139 mit Brust und Flasche und 22 nur mit Flasche ernährt.

Die Geschlechtsteile der Mutter waren, wohl mit zum grossen Teile infolge des guten Stillverhältnisses, im grossen und ganzen gut zurückgebildet.

Fieber im Wochenbett.

Von den 1000 Wöchnerinnen fieberten bis 38° mehrmals und über 38° einmal insgesamt 31 Frauen. In 9 Fällen lag die Ursache des Fiebers extragenital, in 8 Fällen nach einem operativen Eingriff und in 6 Fällen bei geringem Wochenfluss, in den übrigen Fällen ist ein Grund für die Fiebertemperatur nicht angegeben.

Mehrmals bis 39° fieberten 6 Frauen, darunter ohne erkennbare Ursache einmal, extragenitale Ursache bestand 3 mal, einmal trat Fieber auf nach einer Zangenentbindung bei Eklampsie, einmal bei spärlichem Wochenfluss.

Über 39° Fieber hatten 11 Frauen, in 2 Fällen konnte ein objektiver Befund für die Temperatursteigerung nicht er-

hoben werden, eine Frau fieberte nach einem operativen Eingriff, in 5 Fällen lag die Ursache des Fiebers extragenital, 3 mal lag ein genitaler Befund vor.

Folgende mütterliche Erkrankungen kamen zur Beobachtung:

Vaginitis granulosa	15,
Gonorrhoe	5,
Nephritis	5,
Thrombophlebitis	3,
Tbc. pulmonum	2,
Peritonitis	2 (1 mal tötlich),
Polyarthritis rheum.	1,
Lues	5,
Mastitis	8,
Struma	1,
Morbus Basedowii	1,
Bronchitis acuta	3,
Vitium cordis	4,
Angina pectoris	1,
Cystitis	3,
Scarlatina	1,
Multiple Sclerose	1.

An mütterlichen Erkrankungen kamen 61 Fälle vor, die zum Teil mit Fieber einhergingen.

11 Kaiserschnitte.

Der suprasymphysäre Kaiserschnitt wurde 7 mal ausgeführt, 3 mal die sectio caesarea cervicalis posterior und einmal ein vaginaler Kaiserschnitt.

1. 24. V. 13. A. S. 27 Jahre alt. II para. Angeblich hat Patientin in den ersten Lebensjahren an englischer Krankheit stark gelitten und lernte erst mit 7 Jahren gehen. 1. Geburt 1909: Kaiserschnitt. 128 cm grosse Person mit stark rachitischen Verbiegungen der Unter- und Oberschenkel. Conjug. vera (Bylicky) 6,5 cm.

Operation: „Schnitt in der Mittellinie, etwa querfingerbreit links von der alten Narbe, dicht über der Symphyse beginnend, gut handbreit nach oben. Nach Eröffnung der

Bauchhöhle zeigen sich an der vorderen Uteruswand leichte Adhaesionen, im übrigen aber ist die vordere Fläche vollkommen frei. Ausstopfen der Bauchhöhle durch eingelegte Kompressen. Nach Einstellung des untersten Teiles des Uterus wird ein etwa handbreiter Schnitt durch das ziemlich dünne untere Uterinsegment und den untersten Teil des Korpus gelegt. Es quillt eine reichliche Menge trübes Fruchtwasser hervor. Der Schnitt wird mit der Schere vergrössert und dann der ziemlich grosse Kopf hindurchgedrängt, worauf dann das übrige Kind ohne Schwierigkeit folgt. Das Kind atmet sofort, wenn es auch nicht schreit; es scheint etwas apnoisch. Der Uterus kontrahiert sich darauf gut und nach einigen Minuten lässt sich die Nachgeburt ohne Schwierigkeit herausdrücken. Die Eihäute werden mit Klammern gefasst und langsam nachgezogen. Darauf Naht des Uterus durch eine ganze Reihe einzelner Jodkatgutnähte, unter Vermeidung der Decidua. Darauf fortlaufende Jodkatgutnaht durch die Muskulatur und Peritonealnaht durch Alkohol-Katgut. Nach Hervorwälzen des Uterus zur Besichtigung der alten Schnittnarbe zeigt sich dieselbe im Fundus zum Teil stark eingezogen und an der linken Kante eine etwa 10 Pfennigstück grosse Öffnung mit blutigen Rändern, sodass es durchaus den Eindruck macht, als wäre hier die Narbe kurz vor der Operation geplatzt. Die Wunde wird mit einigen Nähten geschlossen, dann aber doch gegen die Gefahren erneuerter Graviditäten die Sterilisierung ausgeführt. Doppelte Unterbindung beider Tuben und nach Durchtrennung derselben Versenkung der freien Enden in die etwas auseinander gedrängten Blätter des ligamentum latum. Der Uterus zieht sich andauernd sehr gut zusammen, sodass es auch aus der Schnittwunde im ganzen sehr wenig blutet. Reinigung der Bauchhöhle und Schluss der Wunde durch dreifache Katgutetagennaht und Michelsche Klemmen."

Nach normalem Wochenbett verlassen Mutter und Kind gesund die Klinik.

2. 21. X. 13. K. S. 35 Jahre alt, V para. Anamnestisch von Rachitis nichts bekannt.

1. Geburt: spontan, totes Kind, 3 Tage gekreisst.
2. „ : Steisslage, vorzeitiger Blasensprung, Nabelschnurvorfall, Kind nach $1^1/_2$ Tagen gestorben.
3. „ : spontan, Kind tot.
4. „ : Metreuryse, Wendung, Extraktion, Kind tot.

Jetzige Schwangerschaft o. B.

Patientin hat keine rachitischen Erscheinungen. Conj. vera (B.) 8 cm.

Da Patientin absolut ein lebendes Kind haben will und die künstliche Frühgeburt ein ungünstiges Resultat ergeben hat, wird bei ihr der Kaiserschnitt ausgeführt.

Operation am 30. X. 13: „Handbreiter Schnitt in der Mittellinie dicht oberhalb der Symphyse, wobei sich die Bauchdecken besonders in den unteren Teilen stark ödematös zeigen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird beiderseits zwischen Uterus und Bauchwand ein Tuch eingeschoben zum Schutz der Bauchhöhle. Darauf wird die Uteruswand möglichst tief nach unten in der Mitte gespalten, doch trifft der Schnitt fast in der ganzen Ausdehnung die aussergewöhnlich tief sitzende Plazentarstelle, sodass es aus der Wunde des Uterus ganz ungewöhnlich stark blutet. Erst beim Vordringen in die Tiefe kommt man auf Eihäute, die zerrissen werden, wobei sich eine kolossale Menge von Fruchtwasser ergiesst. Der Versuch den Kopf zu packen und durch die vergrösserte Wunde nach Lösung der vorliegenden Plazentarteile vorzuziehen, gelingt nicht wegen der Grösse und schlechten Fassbarkeit des Kopfes. Es muss deswegen die Wendung auf die Füsse gemacht werden, wobei sich das Kind leicht vorziehen lässt und der nachfolgende Kopf nach einigen Zügen auch hervorgezogen wird. Das Kind sieht vollkommen frisch aus, bewegt sich auch sofort, bis zum spontanen Atmen vergehen aber noch 10 bis 15 Minuten. Nach manueller Lösung der placenta und Vorziehen der Eihäute blutet die Uteruswunde nicht mehr nennenswert. Die Uteruswunde wird zunächst mit einer isolierten Reihe von Jodkatgutnähten verschlossen unter Vermeidung der Schleimhaut, dann mit einer fortlaufenden Jodkatgutnaht, und die serosa mit einer fort-

laufenden Alkoholkatgutnaht. Die Wunde liegt tadellos aneinander, stark verkleinert. Darauf Entfernung der vom Fruchtwasser durchsogenen Bauchtücher. Schluss der Bauchwunde durch dreifache Katgutetagennaht und Michelsche Klemmen."

5 Minuten vor der Operation 1,0 Tenosin. Die klaffenden Gefässe schliessen sich zwar sofort, aber der Uterus ist andauernd weich, sodass nach der Operation noch 1,0 Secacornin gegeben wird. Trotzdem blutet es später noch etwas nach.

Glatter Wochenbettsverlauf. Mutter und Kind werden gesund entlassen.

3. 20. XI. 13. B. K., 25 Jahre alt, III para. Patientin litt an englischer Krankheit und lernte mit 4 Jahren laufen. Im 8. Monat der ersten Schwangerschaft kam Patientin zu Fall. Geburt eines lebenden Kindes. 2. Geburt: Kaiserschnitt. Conjug. vera $7^1/_2$ cm.

Wegen absoluter Beckenverengerung wird nach Beginn der Wehen, sobald der Muttermund für 2 Finger durchgängig ist, der suprasymphysäre Kaiserschnitt und gleichzeitig die Sterilisation ausgeführt.

Wochenbettsverlauf ohne Komplikationen. Bei der Entlassung ist Mutter und Kind gesund.

4. 13. X. 13. B. E., 20 Jahre alt, I para. Patientin hat englische Krankheit gehabt und mit 4 Jahren laufen gelernt.

120 cm grosse Person mit stark ausgeprägter nach rechts auslaufender Scyphoskoliose und starker Lordose. Conj. vera (B.) 7,75 cm. Wegen der sehr starken Beckenverengerung wird der Kaiserschnitt beschlossen, der suprasymphysär in der gewöhnlichen Weise ausgeführt wird.

Glatter Verlauf des Wochenbettes. Mutter und Kind verlassen gesund die Klinik.

5. 5. II. 14. M. M., 30 Jahre alt, IV para. Patientin hat mit $5^1/_2$ Jahren gehen gelernt und angeblich englische Krankheit gehabt. Bei den beiden ersten Geburten wurde die Perforation des Kindes vorgenommen. 3. Geburt: Kaiserschnitt.

140 cm grosse Person mit geringer Scoliose der Brustwirbelsäule nach rechts, der Lendenwirbelsäule nach links, rechts genu valgum. Conj. vera nicht verzeichnet.

Es wird der suprasymphysäre Kaiserschnitt ausgeführt.

Die ersten fünf Tage des Wochenbettes hat Patientin Fieber bis zu 38,8°; es besteht eine rechtsseitige Bronchitis.

Bei der Entlassung ist die Lungenerkrankung zurückgegangen, die Bauchwunde ist lineär geheilt, die Geschlechtsteile gut zurückgebildet, Allgemeinbefinden gut; Kind ist ebenfalls gesund.

6. 10. III. 14. K. L. 26 Jahre alt, II para. Patientin lernte mit 6 Jahren laufen. 1. Geburt: Kaiserschnitt.

141 cm grosses Mädchen mit starker Lordose der Lendenwirbelsäule und rachitischen Zähnen. Conj. vera: 6,5 cm.

Kind liegt in I. Querlage.

Es wird der suprasymphysäre Kaiserschnitt in der gewöhnlichen Weise ausgeführt. Da der Uterus sich schlecht zusammenzieht, wird in die Uterusmuskulatur 1 ccm Tenosin eingespritzt und dann noch eine Spritze Ergotin subkutan gegeben.

Nach glattem Wochenbettsverlauf werden Mutter und Kind gesund entlassen.

7. 24. VI. 14. K. K. 28 Jahre alt, II para. Als Kind hat Patientin Rachitis gehabt und mit 2 Jahren laufen gelernt. 1. Geburt: Kaiserschnitt. Conjug. vera: 7,0 cm.

Kind liegt in Querlage.

Operation: Suprasymphysärer Kaiserschnitt und Sterilisation.

Mutter und Kind verlassen nach normalem Wochenbett gesund die Klinik.

8. 3. XII. 13. J. R. 34 Jahre alt, III para, die wegen Rachitis mit 4 Jahren laufen gelernt hat.

1. Geburt: Perforation des lebenden Kindes.

2. „ : Kaiserschnitt.

146 cm grosse Person, rachitische Zähne, angedeutete Quadratform des Schädels, ebenso Rosenkranz angedeutet, Verkrümmung beider tibiae, beiderseitiger Plattfuss.

Conjug. vera (B.): 7,0 cm.

Kind in I. Schädellage.

Operation: „Es werden oberhalb der oberen Grenze von der alten suprasymphysären Kaiserschnittnarbe die Bauchdecken bis etwas oberhalb des Nabels inzidiert und durch diesen relativ schmalen Spalt der Uterus hervorgewälzt. Es zeigt sich, dass die Plica vesico-uterina durch Adhaesionen, die fast bis auf die Korpusmitte sich erstrecken, verlötet ist. Dieselben werden vollständig unberücksichtigt gelassen. Es gelingt, den Uterus durch den schmalen Schnitt infolge der Verschieblichkeit der Bauchdecken sehr leicht symphysenwärts zu kippen. Inzision der Cervix und des unteren Uterinsegments über dem Kopf des Kindes; hierbei springt die mit heller Flüssigkeit gefüllte Fruchtblase. Sofortige Extraktion eines frischen Kindes, das nach der Abnabelung sofort schreit. Expression der placenta, Blutung aus der Inzisionsstelle gering. Fortlaufende zweifache Katgutetagennaht der Inzisionswunde. Der Uterus kontrahiert sich sehr gut (2 Spritzen Tenosin vor, 2 während der Operation). Möglichstes Auswaschen der Bauchhöhle. Dreifache Katgutetagennaht der Bauchwunde, oben Michelsche Klemmen. Die Breite der Inzision ist handbreit am Schluss der Operation. Der Puls der Frau 72."

Wochenbettsverlauf glatt. Mutter und Kind werden gesund entlassen.

9. 24. VIII. 13. K. B. 32 Jahre alt, III para, die wegen Rachitis mit $1^1/_2$ Jahren erst laufen gelernt hat.

1. Geburt: Zange mit wahrscheinlicher Perforation.

2. „ : Kaiserschnitt.

Conjug. vera (B.) 7,5—7,75 cm. Kammförmige Exostose der Symphyse.

Operation: Sectio caesarea cervicalis posterior.

Nach normalem Wochenbettsverlauf verlassen Mutter und Kind gesund die Anstalt.

10. 6. I. 14. M. A., 21 Jahre alt, II para. Patientin hat englische Krankheit gehabt und mit 3 Jahren gehen gelernt. Keine äussere rachitische Erscheinungen.

1. Geburt: Kaiserschnitt.

Conjug. vera (B.) 7,0 cm. Mässige Exostose am oberen Rande der Symphyse. Promontorium ziemlich tief stehend, schwer erreichbar.

Kind in II. Schädellage.

Operation: Sectio caesarea cervicalis posterior.

Wochenbett ohne Komplikationen. Bei der Entlassung sind Mutter und Kind gesund.

11. 23. IV. 14. E. J. 22 Jahre alt, I para.

Seit einigen Wochen bemerkt Patientin leichtes Anschwellen der Beine.

Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustand. Gesicht gedunsen, Hautfarbe blass, Ödeme an beiden Beinen bis in die Kniegegend, an beiden Händen und an den grossen Schamlippen; keine Varizen.

Die innere Untersuchung ergibt eine enge Vagina, der äussere Muttermund ist geschlossen.

Operation: „Wegen der geringen Urinmenge und dem eklamptischen Zustand wird zum vaginalen Kaiserschnitt geschritten. Es wird zunächst versucht, die Cervix in der Vorderwand zu spalten und die Blase zurückzuschieben. Es zeigt sich aber, dass es selbst nach Sprengung der Fruchtblase absolut unmöglich ist, die portio soweit herunterzuholen, dass man mit Sicherheit die Blase freibekommen kann. Deshalb wird dieser Plan aufgegeben und die Cervix unter gleichzeitigem Klettern mit Collins in der Rückwand gespalten und nun versucht, die Zange an dem noch im Beckeneingang stehenden Kopf anzulegen. Es zeigt sich, dass es absolut nicht gelingt, den Kopf tiefer zu bekommen. Nach vieler Mühe gelingt es endlich, ein abnorm grosses Kind in erster Vorderhauptslage zu entwickeln, nachdem jeder Versuch, die kleine Fontanelle nach vorn zu drehen, sich als unmöglich erwiesen hat. Das Kind selbst asphyktisch. Die Nabelschnur war 4 mal um den Hals geschlungen. Es wird nun zunächst die vordere Inzision durch einzelne Nähte und fortlaufend genäht, ebenso die hintere Inzisionswunde. Die ursprünglich gemachte seichte Episiotomiewunde ist während der Operation

tief eingerissen. Sie wird fortlaufend und mit Knopfnähten geschlossen.

Die ganze Operation technisch ungeheuer schwierig, der Blutverlust in mässigen Grenzen."

Kurze Zeit nach der Operation erholt sich das Kind und macht regelmässige, wenn auch oberflächliche Atembewegungen. Trotz wiederholten Badens und Schultzescher Schwingungen gelingt es nicht, das Kind zum Schreien und zu Bewegungen zu bringen. Atmung und Herzschlag dauernd gut. Auf dem linken Stirnbein befindet sich ein handtellergrosser Bluterguss, durch den hindurch man eine etwa zweimarkstückgrosse Impression des Knochens fühlt. Zustand des Kindes dauernd unverändert. Nach 27 Stunden Exitus.

23. V. Damm seit mehreren Tagen gereinigt, vulva leicht klaffend, es besteht ein etwa 2 Querfinger breiter Defekt des Dammes. Bei vaginaler Untersuchung zeigt sich die Episiotomienarbe der linken Seite fest und derb, bis weit nach links hinauf sich erstreckend, an der vorderen Muttermundslippe ein etwa 1 cm langer vernarbter Einriss.

Bei der am 24. V. erfolgten Entlassung der Patientin ist das Allgemeinbefinden ziemlich gut, es besteht aber incontinentia urinae et alvi.

Todesfall.

Von den 1000 Wöchnerinnen ist eine (0,1%) gestorben. Der Krankenbericht über diesen Fall sagt folgendes:

10. XII. 13. H. L. 24 Jahre alt, kath., I para,

Anamnese o. B.

Kleine untersetzte Person in gutem Ernährungszustande, an beiden Oberschenkeln starke Ödeme.

Conjug. vera (B.) 8,25 cm.

Bei der inneren Untersuchung ist der äussere Muttermund dreimarkstückgross, der canal. cervic. noch nicht ganz verstrichen, der Kopf steht auf dem Beckeneingang, die Blase ist gesprungen. Es handelt sich um eine I. Schädellage.

Patientin befindet sich im X. Schwangerschaftsmonate.

Sie hat bereits in der Nacht vom 10. auf 11., wenn auch in geringem Masse Wehen, welche im Laufe des Nach-

mittages des 11. XII. bedeutend zunehmen. Gegen Abend bildet sich ein ziemlich starker Meteorismus aus, der durch Einläufe bekämpft wird. Am Vormittag des 12. XII. nimmt der Meteorismus ständig zu, wobei Patientin oftmals erbricht. Der Kopf ist am Morgen ins Becken eingetreten; da der fünfmarkstückgrosse Muttermund ausserordentlich rigide ist, wird eine Inzision in die vordere Muttermundslippe gemacht. Weil der Meteorismus im Laufe des Nachmittags immer mehr zunimmt, werden verschiedene Einläufe aber ohne Erfolg gemacht, ebenso das Darmrohr mehrmals ohne Erfolg eingelegt. Um den Muttermund möglichst bald zum Verstreichen zu bringen, werden um 11 Uhr vorm. und um 1 Uhr nachm. je eine Spritze Pituglandol gegeben, worauf die Wehen sich bedeutend verstärken. Die innere Untersuchung um $12^1/_2$ Uhr nachm. ergibt, das der Kopf in Beckenenge steht mit der kleinen Fontanelle links unterhalb der Symphyse. Der Muttermund ist zwar nicht verstrichen, lässt sich aber über den Kopf zurückstreichen. Da die Frau Druckwehen bekommt, sie aber wegen des Meteorismus nicht ausnützen kann und starke Beschwerden hat, wird um $2^1/_4$ Uhr nachm. die Zange im queren Durchmesser angelegt. Dabei zeigt sich, dass der Schambogen ziemlich spitzwinklig und der Beckenausgang im queren Durchmesser verengt ist. Trotz starken Zuges an der Zange gelingt es anfangs nicht, den Kopf tiefer zu ziehen. Deshalb wird die Zange wieder abgenommen, um sich von dem richtigen Stande der kleinen Fontanelle zu überzeugen. (Starke Kopfgeschwulst.) Dabei wird der Kopf bis in die Beckenweite zurückgedrängt. Da sich der Untersuchungsbefund als richtig erweist, wird die Zange nochmals, diesmal im rechten schrägen Durchmesser angelegt und der Kopf sehr schwierig extrahiert. Kind etwas asphyktisch, erholt sich nach kurzer Zeit. In der rechten Schläfengegend ein deutlicher Abdruck des Zangenlöffels; es besteht eine rechtsseitige Fazialislähmung.

Wochenbett: Am 2. Tage Temperatursteigerung auf 38,1°, Meteorismus immer noch unverändert.

Am 3. Tage: Kein Fieber; Meteorismus unverändert, Schmerzen in den unteren Partien der Brust, wohl durch den Druck des aufgetriebenen Leibes.

Am 4. Tage: Temperaturanstieg auf 39°. Allgemeinbefinden nicht viel verschlechtert. 5 ccm Fulmargin intramuskulär.

Am Morgen des 5. Tages: 39,5° und peritonitische Erscheinungen. Es wird daher die Operation beschlossen, bei der sich eine beginneude Peritonitis mit freien Gasen in der Bauchhöhle zeigt; die rechte Tube wird, weil gerötet, entfernt.

Am 6. Tage: Exitus.

Bei der Sektion wird eine eitrige Peritonitis festgestellt, ferner eine rechtsseitige hämorrhagische Pyelitis, die vielleicht als Infektionsquelle aufzufassen ist. Der puerperale Uterus ist ohne entzündliche Veränderungen.

Das Kind blieb am Leben, sein Allgemeinbefinden war bei der Entlassung gut.

Tabelle 1: Zwillingsschwangerschaften.

Nr.	I. Kind		II. Kind	
	Lage	Entbindungs-verfahren	Lage	Entbindungs-verfahren
1.	I. Schädellage	Zange	I. Querlage	Wendung und Extraktion
2.	II. Schädellage	spontan	I. Querlage	Extraktion nach Herabholen des Fusses
3.	I. Schädellage	spontan	?	?
4.	I. Schädellage	spontan	II. Schädellage	Blasensprengung, Expression nach Kristeller
5.	II. Schädellage	spontan	I. Querlage	äussere Wendung
6.	I. Schädellage	spontan	II. Schädellage	spontan
7.	I. Schädellage	spontan	I. Schädellage	spontan
8.	I. Steisslage	Extraktion	II. Schädellage	spontan
9.	II. Schädellage	spontan	Querlage	Blasensprengung, äussere Wendung
10.	I. Schädellage	spontan	Fusslage	Extraktion
11.	II. Schädellage	Blasensprengung	unvollk. Fussl.	Extraktion
12.	Fusslage	Extraktion	I. Querlage	äussere Wendung auf den Steiss, Extraktion
13.	II. Schädellage	spontan	II. Schädellage	spontan
14.	II. Schädellage	spontan	II. Steisslage	halbe Extraktion
15.	Hier fehlen die Angaben über Lage und Entbindungsverfahren.			
16.				

Tabelle 3: Plattes Becken.

Jahrgang	Lfd. Nr.	? para	Grösse der vera	Lage des Kindes	Entbindungsverfahren	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht des Kindes	Länge des Kindes	Kopfumfang des Kindes	Leben und Reife des Kindes	Gewicht des Kindes bei der Entlassung
1913	742	II	9,0	I. Schädellage	spontan	gut	gut	3500	50	37,5	reif u. lebend	?
„	820	II	8,75	II. Schädellage	spontan	„	„	3150	51	36	„	3350
„	835	V	8,0	II. Schädellage	Wendung und Extraktion	„	„	3700	52,5	37	„	3600
„	846	II	8,5	I. Schädellage	Wendung und Extraktion	„	„	2950	49,5	34,5	„	2800
„	949	V	8,5	I. unvollkommene Fusslage	Extraktion	„	†	3700	52	35	„	†
1914	11	V	8,5	I. Schädellage	Wendung und Extraktion	„	gut	3650	51	35	„	3700
„	34	II	8,5	II. Schädellage	spontan	„	„	3000	51	36	„	3200
„	46	I	8,25	II. Schädellage	spontan	„	„	3500	53	35	„	3560
„	102	VII	8,25	I. Querlage	künstliche Frühgeburt, Metreuryse, komb. Wendung auf den Fuss, halbe Extraktion	„	„	2800	49	35	„	2500
„	400	VI	9,0	I. Schädellage	spontan	„	„	4600	57	38,5	„	4300
„	401	II	8,0	I. Hinterhauptslage	spontan	„	„	3300	52	34,5	„	3550
„	465	I	7,75	Schädellage	spontan	„	†	2950	49	?	†	†
„	542	III	8,5	II. Querlage	Wendung und Extraktion	„	†	2800	51	34	reif u. lebend	†
„	602	XII	7,5	Schädellage	Wendung und Extraktion	„	gut	3450	53	35,5	„	3400

Tabelle 2: Plattrachitisches Becken.

Jahrgang	Lfd. Nr.	? para	Grösse der vera	Lage des Kindes	Entbindungsverfahren	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht des Kindes	Länge des Kindes	Kopfumfang des Kindes	Leben und Reife des Kindes	Gewicht des Kindes bei der Entlassung
1913	647	III	7,5	II. Schädellage	Sectio caesarea	gut	gut	4000	52	36	reif u. lebend	4000
„	669	II	?	I. Schädellage	Hohe Zange	„	†	3400	53	35,5	„	†
„	675	V	6,5	II. Schädellage	Blasensprengung	„	gut	3350	51	35	„	3400
„	696	II	8,5	II. Schädellage	Sectio caesarea	„	„	3500	50	36	„	3400
„	704	VIII	?	II. Schädellage	spontan	„	„	2950	51	33	„	?
„	713	I	?	II. Schädellage	spontan	„	„	3200	50	34	„	3050
„	743	II	8,0	II. Schädellage	spontan	„	„	3400	51,5	35	„	3300
„	747	I	8,0	I. Schädellage	spontan	„	„	3300	50	34	„	3500
„	748	V	8,5	II. Querlage	Wendung und Extraktion	„	„	3200	51	34	„	3470
„	788	IX	8,0	II. Querlage	Wendung und Extraktion	„	„	3850	52	36	„	3400
„	801	V	8,0	I. Querlage	Sectio caesarea	„	„	3400	49	38	„	3100
„	841	VII	8,5	II. Schädellage	spontan	„	„	3800	52	36	„	3770
„	858	III	7,0	II. Schädellage	Sectio caesarea	„	„	3450	50	34	„	3550
„	884	III	7,0	I. Schädellage	Sectio caesarea	„	„	3200	50	36	„	3320
„	892	III	7,5	I. Schädellage	spontan	„	„	3000	49	32,5	„	2900
„	916	I	7,75	II. Schädellage	Sectio caesarea	„	„	2850	50	33	„	2600
„	934	I	7,75	II. Stirnlage	Wendung und Extraktion	„	„	3000	50	34,5	„	2800
1914	16	II	7,0	II. Schädellage	Sectio caesarea	„	„	3000	50	35	„	3300

1914	33	XIV	8,0	II. Querlage	Äussere Wendung, Blasensprengung	gut	gut	3300	50	35	reif u. lebend	3150
„	48	IV	8,25	I. Schädellage	spontan	„	†	3700	52	36	„	†
„	121	V	8,0	II. Querlage	Metreuryse, Wendung, Extraktion	„	†	2100	45	31	frühreif lebend	†
„	123	IV	?	II Steisslage	Sectio caesarea	„	gut	2250	47	33,5	reif u. lebend	2600
„	150	II	8,5	I. Schädellage	spontan	„	„	3650	52	36	„	?
„	151	II	8,5	II. Schädellage	künstl. Frühgeburt, Metreuryse, äussere Wendung auf den Kopf, Blasensprengung	„	„	2900	49,5	33,5	„	2950
„	166	IX	8,25	I. Schädellage	Wendung und Extraktion	„	„	3100	50	35	„	3050
„	182	II	7,75	II. Querlage	künstl. Frühgeburt, Metreuryse, Wendung und Extraktion	„	„	2500	48	33	„	2600
„	218	II	6,5	I. Querlage	Sectio caesarea	„	„	2450	47	33	„	260
„	230	I	8,25	I. Schädellage	spontan	„	„	2450	47	32	„	?
„	287	II	7,75	II. Querlage	Metreuryse, Wendung und Extraktion	„	„	3300	53	35,5	„	3350
„	344	II	8,0	I. Schädellage	Hohe Zange	„	„	4000	55	35,25	„	3850
„	367	V	8,0	II. Schädellage	Wendung und Extraktion	„	†	3000	52	33	„	†
„	486	II	7,0	I. Querlage	Sectio caesarea	„	gut	3700	52	36	„	3550
„	514	IV	7,5	I. Schädellage	künstl. Frühgeburt, Metreuryse, Wendung und Extraktion	„	„	2750	48	34	„	2400
„	607	I	8,0	II. Schädellage	spontan	„	„	2400	46	33	„	2400

Tabelle 4: Allgemein verengtes Becken.

Jahrgang	Lfd. Nr.	? para	Grösse der vera	Lage des Kindes	Entbindungsverfahren	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Gewicht des Kindes	Länge des Kindes	Kopfumfang des Kindes	Leben und Reife des Kindes	Gewicht des Kindes bei der Entlassung
1913	891	VIII	8,5	II. Schädellage	Wendung und Extraktion	gut	†	3700	52,5	37	reif, tot	†
„	901	I	8,25	I. Schädellage	Zange	†	gut	3500	51	34,5	reif, lebend	2910
1914	43	IV	9,0	II. Schädellage	künstliche Frühgeburt, Metreuryse, Wendung und Extraktion	gut	†	2750	48	35	„	†
„	97	IV	8,0	I. Schädellage	Zange	„	gut	2800	48	34	„	2850
„	106	II	9,0	I. Schädellage	spontan	„	„	3200	50	37,5	„	3050
„	126	III	8,75	I. Schädellage	hohe Zange	„	„	3400	51,5	35,5	„	3470
„	173	I	8,5	I. Schädellage	spontan	„	„	2650	49	34	„	2500
„	183	III	8,5	I. Schädellage	spontan	„	„	3050	52,5	35	„	3150
„	576	I	7,75	I. Schädellage	Zange	„	„	2700	52	37	„	?
„	598	I	?	I. Schädellage	Episiotomie, Impression	„	†	2400	49	31,5	reif, tot	†

Tabelle 5: Placenta praevia.

Lfd. Nr.		? para	Alter	Art der praevia	Blutige Schwangerschaft?	Entbindungsverfahren	Des Kindes					
							Reife	Leben	Gewicht	Kopfumfang	Länge	
1.	768	VII	38	margin.	nein	komb. Wendung auf den Fuss, Extraktion	reif	tot	3500	54	36	
2.	875	III	28	lat.	ja	künstl. Frühgeburt, Metreuryse	unreif	lebend	2100	44	29,5	bald nach d. Geb. †
3.	879	III	30	„	„	Metreuryse, Wendung und Extraktion	reif	„	2800	51,5	31,5	
4	893	IV	39	total.	„	Metreuryse, Wendung und Extraktion	„	„	3000	51	33	
5.	908	VII	38	„	„	kombinierte Wendung	„	tot	2650	46	33	
6.	941	V	35	margin.	„	Blasensprengung	„	lebend	3050	48	34	
7.	22	I	31	lat.	„	Blasensprengung, Credé	„	„	2950	50	32,5	
8.	87	IV	29	margin.	„	komb. Wendung, Blasensprengung	„	„	2700	47	33	
9.	136	VII	35	lat.	„	Blasensprengung	frühreif	„	1400	41	28	
10.	243	I	39	total.	„	Incision der hint. Muttermundslippe, Herunterholen des r. Beines, spontane Geburt bis zum Steiss, Perforation	„	tot	2000	46	?	
11.	276	VII	35	„	„	Metreuryse Wendung und Extraktion	reif	„	2900	51	34	
12.	563	VII	27	lat.	„	spontan	„	lebend	3850	52	35,5	
13.	605	III	26	margin.	„	Blasensprengung	frühreif	„	2000	45	31	

Tabelle 6: Morbidität.*)

1000 Geburten	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	Summa	In Prozenten
Gesamtmorbidität	85	102	98	106	99	164	131	133	131	108	94	114	101	83		92		
Morbidität infolge puerperaler Prozesse	67	64	48	56	73	137	97	64	64	35	42	35	32	31		23		
Darunter leichtere Störungen	46	38	28	26	60	99	75	36	40	29	23	29	23	14		19		
Darunter schwerere Störungen	21	26	20	30	13	38	22	28	14	6	4	6	9	13		4		

*) Die Zahlen für das XV. Tausend konnten nicht angegeben werden, da der Bericht über das XV. Tausend nicht vorlag; ebenso konnten auch die Summen und Prozentangaben aus demselben Grunde nicht verzeichnet werden.

Tabelle 7: Die seit dem 1. I. 1889 vorgekommenen Todesfälle.

1000 Geburten	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	Summa	In Prozenten
Gestorben	5	7	9	7	5	7	3	4	5	4	2	1	5	10	9	1	84	0,52%
Gestorben an puerperaler Infektion	1	3	2	—	—	1	1	—	1	—	—	—	1	5	3	—	18	0,11%
Darunter in der Klinik erworbener Infektion	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	7	0,04%

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Heinrich Joseph Jünger, am 1. Juli 1889 zu Odenkirchen Kr. M. Gladbach (Rhld.) als Sohn des Seminarlehrers Karl Jünger und seiner Ehefrau Maria geb. Boss.

Nach Besuch der Volksschule in Odenkirchen, der städtischen höheren Knabenschule in Heinsberg (Rhld.), des kgl. Gymnasiums in Münstereifel (Rhld.) und des kgl. Gymnasiums in Bonn a. Rh. erwarb ich mir an letztgenannter Anstalt das Reifezeugnis Ostern 1908.

Hierauf besuchte ich die Universitäten Marburg 2 und Würzburg 9 Semester; hier bestand ich die ärztliche Prüfung am 15. Mai 1914.

Am 1. Juni 1914 trat ich als Medizinalpraktikant in das Landkrankenhaus zu Hersfeld (Bzk. Cassel) ein. Am 26. August 1914 erhielt ich meine Approbation als Arzt und blieb dann als Assistenzarzt an derselben Anstalt bis zum 1. Mai 1915. In den Monaten Mai und Juni war ich als Volontärarzt an der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Würzburg beschäftigt. Seit 1. Juli 1915 bin ich als Assistenzarzt am Stuttgarter Wöchnerinnenheim tätig.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Geheimrats Prof. Dr. Hofmeier verfasst.

Stuttgart, im Juli 1915.

Heinr. Jünger.